FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — **THÈSE** N° 227

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue le samedi 12 mars 1904, à 1 heure

PAR

Alain HOUÉE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE DE DERCUM

(Adipose douloureuse généralisée)

Président : M. JOFFROY, *professeur.*
Juges : MM. CORNIL et Ch. RICHET, *professeurs,*
WIDAL, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 # THÈSE N° –

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 12 mars 1904, à 1 heure

PAR

Alain HOUÉE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE DERCUM

(Adipose douloureuse généralisée)

Président : M. JOFFROY, *professeur.*
Juges : MM. CORNIL et Ch. RICHET, *professeurs,*
WIDAL, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A MES PARENTS

A MES BIENFAITEURS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR JOFFROY

Professeur de clinique des maladies mentales
Médecin des Hôpitaux et de l'Asile Sainte-Anne.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE DERCUM

(Adipose douloureuse généralisée)

HISTORIQUE

Dercum, de Philadelphie, signale en 1888, dans une étude intitulée : *Dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané du dos et des bras, associée à des symptômes ressemblant au myxœdème*, les principaux signes de l'affection qu'il dénomma « adipose douloureuse » en 1892.

Depuis lors, cet auteur, dans une série de publications, s'est attaché à préciser les symptômes et l'anatomie pathologique de cette affection.

Les différents neurologistes qui, depuis Dercum, ont étudié cette curieuse maladie, ont peu ajouté à la description du savant Américain. Cependant, le Dr Henry sous le nom de « paratrophie myxœdémateuse », Morlot et Gallois sous le nom d' « adi-

pose localisée d'origine tropho-névralgique » (1894), Collins (1895), Peterson et Loweland et Wald en Allemagne, Eshner (1898), William Spiller, Féré de Paris, Hall-White, Giudiceandrea (1900), Burr, complètent la description de l'affection et lui donnent définitivement droit de cité. En 1901, ces observations se multiplient, surtout en France, sous l'impulsion de Achard et Laubry, Simionesco, Heitz et Renon, Roux et Vitaut.

En 1902, Roux, de Saint-Etienne, signale l'association du syndrome de Dercum et du goître exophtalmique. Oddo et Chassy, de Marseille, signalent le cas d'association avec la sclérodermie. En Russie Meditzinskoïe, Obosrenje, et, d'autre part Kaplan et Fédorow, admettent que c'est une maladie constitutionnelle générale, analogue à l'obésité, mais avec une participation plus marquée du système nerveux. Les dernières observations publiées appartiennent à Papi en Italie, à Rudinger en Autriche, Renon et Louste (Paris), Dide et Leborgne (Rennes), Deny et Leplay (Paris). La thèse de Sellerin (1903) contient une bonne revue générale de la question et rappelle les principales observations publiées jusqu'à lui.

Nous aurons surtout comme objectif l'étude critique des symptômes et nous tenterons, grâce à des analogies cliniques, de mettre l'adipose douloureuse symétrique à sa place en nosologie. Rappelant les notions anatomo-pathologiques acquises, nous ferons une tentative pathogénique.

ETIOLOGIE

Il est manifeste que la *dégénérescence nerveuse* joue un rôle important dans l'étiologie de l'adipose douloureuse symétrique : le fait n'est pas douteux si l'on songe à la fréquence des troubles mentaux dans cette affection, et il n'est plus question de discuter l'influence de la prédisposition dans la pathogénie des psychoses.

Le sexe n'est pas sans importance, et les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes ; un nombre important d'observations signalent le début après *la ménopause*.

L'alcoolisme est souvent noté aussi et tout récemment Deny et Leplay ont établi une théorie pathogénique du syndrome de Dercum sur son étiologie éthylique. Les autres causes prédisposantes (*tabac*, *syphilis*) sont au moins hypothétiques.

Comme cause déterminante, *le traumatisme* est très souvent constaté ; on le trouvera plusieurs fois relevé dans nos observations. On ne s'explique pas bien d'ailleurs le mécanisme pathogénique de cette cause dont la fréquence est pourtant incontestable.

L'accouchement, les *maladies infectieuses*, sont bien plus rarement notés.

SYMPTOMATOLOGIE

L'adipose douloureuse symétrique comporte une *période de début*, une *période d'état*. La période d'état est caractérisée par une triade symptômatique (adipose symétrique, douleurs, troubles mentaux), à laquelle il y a lieu d'ajouter des symptômes qui nous paraissent moins importants et qui sont l'asthénie et les troubles trophiques.

Période de début.

Le début est en général insidieux, et il est surtout marqué par des douleurs dont le siège est variable, mais qui, d'après les observations recueillies chez des aliénés, auraient une prédilection assez marquée pour le membre inférieur. A ce point de vue, on est trop tenté peut-être d'étiqueter « hallucinations » tous les phénomènes douloureux qui éclatent chez ce genre de malades.

Chez certains d'entre eux, ce sont les mouvements étendus qui sont difficiles, notamment les mouvements respiratoires (Féré). Le début violent signalé par Roux et Vitaut n'est pas très fréquent. Dans un cas, il y eut de la courbature générale avec fièvre et troubles digestifs.

Un autre symptôme précoce, qui n'est signalé que rarement et dont l'incontestable réalité a été

constatée par Dide, est la rougeur de la peau. Dans un cas inédit de cet auteur, cette rougeur se faisait par poussées successives avec, chaque fois, légère élévation thermique et violentes douleurs à la pression, laissant après elle un dépôt adipeux diffus du membre inférieur.

Il faut d'ailleurs reconnaître que la période de début est encore fort mal connue ; toutes les observations publiées jusqu'à présent ayant été faites à une époque où l'affection était confirmée. Mais on est frappé, dans la lecture du récent mémoire sur le pseudo-œdème catatonique du neurologiste de Rennes, de la fréquence relative, chez ces malades, de la « jambe en poteau », déformation qui lui semble due à de la graisse et qui presque toujours s'accompagne de douleurs. Cette déformation ne serait-elle pas le début possible de la maladie de Dercum ?

Période d'Etat.

I. — *Adipose.* — Pour nous conformer aux habitudes classiques, nous décrirons à la maladie de Dercum trois formes d'adipose :

a) Forme nodulaire ;

b) Forme diffuse localisée ;

c) Forme diffuse généralisée ;

Nous ferons quelques restrictions cependant au sujet de certaines de ces formes.

a) *Forme nodulaire.* — Il y a lieu d'être très réservé

sur cette première forme dans laquelle ont certainement été rangés d'une part, des cas de neuro-fibromatose et d'autre part, des lipomes symétriques ou même simplement des lipomes multiples. Nous supposons notamment, après avoir lu soigneusement les observations de Dercum, qu'on ne saurait guère admettre dans son syndrome les cas de petites tumeurs très isolées, ne s'accompagnant d'aucun épaississement, ni de pannicule adipeux périphérique. Il est manifeste d'ailleurs, que, dans certains cas, sur le fond graisseux, se forment de visibles et volumineuses saillies qui subissent une poussée d'augmentation à l'occasion des paroxysmes douloureux et qui peuvent légèrement rétrocéder ensuite, sans jamais revenir à l'état primitif. Ces poussées s'accompagnent parfois de rougeur ou de cyanose.

Les pieds, les mains et la face, sont toujours indemnes.

b) *Forme diffuse localisée.* — Elle peut succéder à la précédente Le plus souvent elle est primitive et englobe symétriquement des segments de membres, ou des membres tout entiers. Il semble qu'une infiltration pseudo-œdémateuse précède l'installation définitive de la graisse. Les localisations les plus fréquentes sont au niveau des membres, où la graisse fait en quelque sorte une manchette épaisse au niveau du poignet et de la cheville. Une tuméfaction épaisse s'étendant comme un bourrelet depuis l'angle supéro-interne de l'omoplate et gagnant même la région lombaire, est signalée par Dercum. L'aspect des

régions atteintes est caractéristique : sur une hypertrophie généralisée, on voit se dessiner comme un capitonnage tout à fait particulier et qui est dû à des rétractions conjonctives d'une égale importance. Cet aspect est très remarquable dans les photographies publiées dans les mémoires de Deny et Leplay, de Dide et Leborgne, et d'autres auteurs.

Les pieds, les mains et la face sont toujours respectés.

c) *Forme diffuse généralisée.* — Cette forme considérée par Sellerin comme moins caractéristique que les autres, nous paraît cependant mériter droit de cité. L'observation de Giudiceandrea en fournit un bon exemple, et la dernière des nôtres ne semble pas pouvoir être autrement interprétée. Le début se fait par une infiltration diffuse généralisée, suivie ensuite d'une transformation lipomateuse, également diffuse, survenant souvent à la ménopause d'une façon assez brusque et s'accompagnant toujours de poussées très douloureuses. Ces malades donnent l'impression de gens très fortement obèses ; mais le début, l'évolution et les douleurs, ont quelque chose de très spécial et tout à fait particulier.

II. — *Douleurs.* — Ce deuxième symptôme est égal en importance au précédent ; nous en avons déjà signalé la précocité. Les douleurs ne siègent point sur le trajet des nerfs, tout au moins en général. Les seules qui doivent être considérées comme caractéristiques sont celles qu'on constate au niveau

des masses lipomateuses et qui ont un autre caractère fondamental, c'est d'être paroxystiques et exagérées par la pression et les mouvements actifs. Les douleurs signalées au niveau des os et des articulations par certains auteurs ne nous semblent être que des coïncidences.

Signalons encore un fait qui nous paraît important : c'est que, quand les masses lipomateuses ont parcouru tout le cycle de leur évolution, les douleurs peuvent s'atténuer et même disparaître complétement. (C'est ainsi que Debove ne les retrouve plus chez la malade dont Achard avait publié l'observation).

Les douleurs doivent être systématiquement recherchées chez les aliénés, car chez de tels malades, elles peuvent être acceptées sans plaintes, sous l'empire d'idées délirantes, ou n'être point manifestées par suite de l'affaiblissement intellectuel.

Par ailleurs, on note parfois certains troubles de la sensibilité subjective, tels que des placards d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

III. — *Troubles mentaux.* — Ils sont très fréquents, sans être absolument constants. Les troubles psychiques sont d'ailleurs de nature variable. On a signalé avec une certaine fréquence les manifestations de l'involution sénile, la dépression morale (Ballet, Oddo et Chassy), l'affaiblissement intellectuel (Dercum, Sellerin), la psychose épileptique (Féré, Hall-White), la démence alcoolique (Deny et Leplay), l'agitation catatonique (Dide et Leborgne).

Mais, quelle que soit la forme mentale observée, dans la grosse majorité des cas il s'agit, ou bien d'un délire lié à l'involution sénile, ou bien d'une forme mentale arrivée à la période de désagrégation psychique, à une époque où les manifestations de la sénilité doivent probablement entrer en ligne de compte.

Il y a lieu de distinguer les différents cas suivants : l'adipose douloureuse a précédé l'apparition des troubles mentaux ; les deux manifestations pathologiques ont eu une éclosion parallèle ; ou bien encore les troubles mentaux ont eu une éclosion antérieure à celle de l'adipose douloureuse symétrique. La fréquence relative (4 cas sur 1000 malades) du syndrome de Dercum à l'asile d'aliénés de Rennes montre que, si pareilles recherches étaient effectuées dans les autres asiles, un nombre important d'observations encore inédites pourraient être mises au jour. Mais il est évident que de semblables cas doivent, pour être trouvés dans ce milieu spécial, être recherchés très soigneusement.

Symptômes secondaires

A. — *Asthénie.* — Contrairement à certains auteurs, nous ne considérons pas l'asthénie comme un des symptômes cardinaux de la maladie de Dercum. En effet, dans un grand nombre de cas, elle nous paraît relever de la douleur. Il est évident, n'est-il pas vrai, qu'un individu dont les mouvements sont dou-

loureux, qui présente des paroxysmes extrêmement pénibles, se trouve dans des conditions très défavorables pour gagner sa vie, pour se mouvoir même et vaquer à ses occupations courantes. Fait important d'ailleurs, la force musculaire, malgré l'asthénie, est généralement conservée.

L'asthénie se développe en général progressivement, la fatigue survient à l'occasion de l'effort, mais elle peut se développer à tel point que le malade est définitivement condamné au lit. Cela est d'ailleurs extrêmement rare à ce degré.

B. — *Troubles vaso-moteurs.* — A un degré plus ou moins grand, ils sont constants dans le syndrome de Dercum.

Pseudo-œdème. — Le pseudo-œdème catatonique a été décrit par Dide dans différents travaux récents. Il est caractérisé par une infiltration élastique se modifiant peu sous l'influence du repos ; souvent il s'accompagne de cyanose, parfois de troubles trophiques comme l'asphyxie symétrique des extrémités, les ecchymoses spontanées et le purpura, le taux de l'élimination chlorurique restant à peu près normal.

Ce syndrome a été noté par cet auteur dans tous les cas d'adipose douloureuse qu'il a pu relever, ainsi qu'on pourra le constater dans les observations inédites qui terminent notre thèse. En lisant soigneusement les observations antérieures, on retrouve des détails de description qui se rapportent avec évidence au syndrome décrit par Dide (Renon et Heitz).

La cyanose intermittente signalée par Roux et Vitaut nous paraît rentrer dans le syndrome précédent, de même que *les ecchymoses spontanées* signalées par Achard et Laubry et Giudiceandrea.

Les *épistaxis*, les *hématémèses*, la *dysménorrhée*, sont assez fréquemment notées.

Les *troubles trophiques* à proprement parler sont inconstants : on a signalé la rareté des poils du pubis, l'atrophie musculaire et les arthropathies.

Les *examens d'urines* n'ont donné que des résultats incomplets, vu leur petit nombre. La quantité d'urine émise en 24 heures est légèrement au-dessous de la normale. Il en est de même du taux de l'urée. Les autres éléments semblent peu modifiés quant à leur quantité.

Quelques auteurs ont noté des *troubles dyspeptiques ;* par ailleurs les autres organes sont normaux.

Les *troubles sensoriels* parfois notés sont probablement, dans bien des cas, liés aux troubles mentaux dont ils constituent une des manifestations les plus importantes.

DIAGNOSTIC

Forme nodulaire. — Nous avons dit qu'il ne fallait admettre qu'avec une certaine réserve la forme nodulaire. Tout au moins semble-t-il que certaines confusions aient pu être faites à ce sujet, notamment avec la neuro-fibromatose généralisée (Maladie de Recklinghausen) où les tumeurs sont sur le trajet des nerfs, s'accompagnant de pigmentation, et où l'état mental rappelle celui de la psychose polynévritique.

Il peut aussi exister des lipomes multiples sur toute la surface du corps ; cette lipomatose qui, dans certains cas est symétrique, diffère de cette variété du syndrome de Dercum par l'absence de douleurs et de tous les autres symptômes que nous avons signalés ; le début est généralement précoce.

Ce que nous avons dit de la forme nodulaire nous dispensera d'insister longuement sur son diagnostic, et nous ne ferons qu'énumérer d'après Sellerin les diverses affections qui pourraient prêter à confusion, encore que l'erreur ne soit guère possible, si l'on se souvient que la forme nodulaire est probablement, dans certains cas, une phase de début destinée à aboutir à une des deux autres formes, soit diffuse localisée, soit diffuse généralisée.

D'après Sellerin, avons-nous dit, le diagnostic est à faire avec le tubercule douloureux, les gommes, l'adénopathie localisée, les cysticerques ladriques, les dermatomyomes multiples, la sarcomatose cutanée généralisée, les nodosités sous-cutanées rhumatismales, les névromes plexiformes. Cette énumération pourrait d'ailleurs s'allonger encore en y introduisant toutes les affections nodulaires.

La forme diffuse localisée comporte un important diagnostic, et nous négligerons volontairement l'éléphantiasis des Arabes qui, vu les modifications épidermiques, n'offre qu'une lointaine analogie et constitue dans nos climats une extrême rareté. Nous en dirons autant de la paralysie musculaire pseudo-hypertrophique (maladie de Thomsen) qui a des symptômes très spéciaux, tels que les accès de contracture et dont l'aspect objectif est très différent.

Le *Trophœdème* décrit par Henry Meige est évidemment l'affection qui doit être soigneusement séparée de cette variété de syndrome de Dercum. Disons d'abord que le pseudo-éléphantiasis névropathique de Mathieu se confond avec le trophœdème dont les caractères sont les suivants : œdème chronique, blanc, dur, indolore, à répartition segmentaire, unilatéral ou bilatéral — frappant notamment les membres inférieurs — isolé, ou familial et héréditaire, parfois peut-être congénital. Les troubles mentaux sont rares, mais peut-être moins qu'il ne semble au premier abord, car cette affection est rarement recherchée

par les aliénistes. Dide en cite cependant trois cas, chez des femmes, son observation portant sur un millier de malades des deux sexes.

Les caractères de cette dystrophie, qui, comme l'adipose douloureuse symétrique, rentre dans la catégorie des dystrophies cellulo-conjonctivo-vasculaires (œdème angioneurotique (Quincke), myxœdème de l'adulte (Ord), pseudo-œdème catatonique (Dide), certaines obésités), les caractères du trophœdème, disons-nous, permettent facilement de le distinguer du syndrome de Dercum, où l'on trouve des nodules durs et des douleurs.

La forme diffuse généralisée prête à peu de confusions. La polysarcie, l'obésité par ralentissement de la nutrition, ont une étiologie particulière et manquent des signes cardinaux du syndrome de Dercum : les douleurs, les nodules, les troubles mentaux. Nous en dirons autant du myxœdème spontané de l'adulte où l'infiltration est diffuse de même que l'adipose, et où il existe non des troubles mentaux, mais de la torpeur intellectuelle.

En somme, quelle que soit la variété du syndrome de Dercum, il nous paraît toujours assez facile d'arriver au diagnostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les recherches anatomiques sur les lésions de l'affection qui nous occupe, ont été juqu'à ce jour de deux ordres. Elles consistent en biopsies et autopsies.

Dercum a fait lui-même, sur trois malades vivants, des prises de graisse par ponctions dans les masses adipeuses. Par ce procédé, il a pu suivre le processus de l'évolution anatomique et rencontrer d'abord un gonflement œdémateux initial, suivi de transformation adipeuse, avec sclérose terminale. Tel est, selon cet auteur, le développement histologique progressif de ces néoplasies.

Vitaut a plus tard, vérifié et confirmé les constatations de Dercum, ainsi que Louste ; et tous deux ont trouvé des aréoles irrégulières de tissu conjonctif réticulé englobant des cellules adipeuses.

Au point de vue chimique, les réactions de cette graisse ne présentent pas d'autres particularités qu'un caractère spécial signalé par Edsall dans un cas de Dercum : l'acidité libre est nettement inférieure à celle de la graisse normale.

Quant aux autopsies faites jusqu'à cette dernière

année, dans des cas d'adipose douloureuse généralisée, elles sont au nombre de cinq seulement. Dercum qui avait si bien étudié la maladie qui porte son nom, a poussé ses investigations jusqu'aux constatations nécropsiques. C'est ainsi que dans trois cas, ce savant auteur a mis en évidence des lésions très nettes du corps thyroïde, consistant en hypertrophie avec infiltration calcaire, ou au contraire atrophie avec des nodules tendant à l'hypertrophie de compensation. Il signala également, après examen microscopique, des lésions de névrite interstitielle des nerfs cheminant à travers le tissu adipeux, et de la dégénérescence certaine des cordons de Goll.

Burr a trouvé, dans un cas, des altérations identiques du corps thyroïde ; mais il a de plus attiré l'attention sur l'état du corps pituitaire qui était atteint de dégénérescence gliomateuse. Il a également noté l'atrophie des ovaires.

Enfin en 1902, Dercum et Mac-Carthy, ont publié ensemble une nouvelle observation d'adipose douloureuse suivie d'autopsie. Nous empruntons la relation de cette nécropsie à la thèse de Sellerin où elle est fort bien résumée :

« Contrairement à ce qui avait été observé dans les quatre premiers cas, les altérations du corps thyroïde étaient peu marquées et l'examen microscopique de la glande par Flexner n'a révélé aucune altération de l'organe. Les lésions les plus intéressantes étaient : adéno-carcinome du corps pituitaire, disposition anormale des circonvolutions cérébrales,

augmentation de nombre et de confluence des scissures, lésions de névrite interstitielle dans les filaments nerveux de la graisse superficielle, glandes hémolymphatiques de nouvelle formation dans le tissu graisseux sous-cutané ; angiome télangiectasique avec légère hyperplasie interstitielle de la rate, atrophie testiculaire, névrite parenchymateuse aiguë ; érysipèle cutané ».

Il faut de suite remarquer que les lésions les plus importantes et les plus fréquentes sont celles du corps thyroïde, du corps pituitaire et des filets nerveux périphériques. On s'attachera donc à rechercher si les glandes thyroïde et pinéale sont hypertrophiées ou atrophiées, en totalité ou en partie, avec ou sans infiltration calcaire ou colloïde et si elles ne sont pas le siège de formations néoplasiques, gliomateuses ou carcinomateuses, comme l'ont remarqué Burr et Dercum pour le corps pituitaire en particulier.

Quant aux filets nerveux périphériques cheminant dans le tissu adipeux sous-cutané, la névrite interstitielle qui les atteint est souvent très intense et caractérisée par « une diminution marquée et une atrophie considérable des fibres nerveuses, en même temps qu'une grande prolifération du tissu conjonctif à la périphérie et dans l'épaisseur du nerf, sans altération cependant des gros troncs nerveux ».

PATHOGÉNIE

L'affection qui nous occupe porte la dénomination très juste d'adipose douloureuse, parce que les deux symptômes dominants sont la formation des masses graisseuses et les douleurs à leur niveau. D'un côté la nutrition est donc troublée, ce qui ne peut aller sans que son grand régulateur, le système nerveux, ne soit atteint. D'un autre côté, l'existence des phénomènes douloureux démontre également sa participation d'une façon certaine. Enfin, si l'on tient compte des troubles mentaux fréquents au cours de cette maladie, de l'asthénie, des troubles vasomoteurs et trophiques, il doit demeurer acquis que le système nerveux joue un rôle manifeste dans la genèse de l'adipose douloureuse.

Bien des auteurs ont d'ailleurs prouvé directement l'influence du système nerveux sur les formations graisseuses. C'est ainsi que Poison, cité par Sellerin, « rapporte dans sa thèse une observation où la section complète du nerf sciatique s'est accompagnée d'une adipose notable au niveau de la jambe. Weirr Mitchell a vu la blessure du trijumeau produire les mêmes conséquences et Fremy a constaté que des

névralgies anciennes pouvaient provoquer l'adipose localisée. »

A côté de ces faits où le traumatisme nerveux est cause de l'éclosion des tumeurs graisseuses, il faut en placer d'autres, signalés par Landouzy, où certaines lésions pathologiques du système nerveux déterminent de l'adipose sous-cutanée localisée ; c'est ainsi que, « presque toutes les variétés d'amyotrophies deutéropathiques (c'est-à-dire les atrophies musculaires consécutives à des névralgies), des tumeurs cérébrales, des lésions médullaires s'accompagnent de nodules adipeux, sans qu'on ait jamais rien noté de semblable dans l'atrophie musculaire progressive ».

En 1882, Potain a insisté sur l'origine névropathique des lipomes et leur parenté avec les œdèmes. En 1892, Bouju, suivant en cela les théories de Mathieu donne aux lipomes symétriques une origine myélopathique.

N'oublions pas non plus que la maladie de Dercum débute par un gonflement œdémateux s'accompagnant de troubles vaso-moteurs et trophiques et s'accroissant, jusqu'à l'adispose constituée, par des poussées successives aiguës qui coïncident toujours avec des paroxysmes douloureux. Il rappelle donc le processus des œdèmes névropathiques de Albert Mathieu et Weill et du Trophœdème chronique héréditaire de Henry Meige reconnaissant pour causes, d'après ces auteurs, soit des troubles nerveux probablement myélopathiques, soit des altérations des

centres trophiques médullaires. En conséquence, par analogie, il est rationnel d'admettre que l'œdème initial de l'adipose douloureuse semble, de par ses caractères, devoir être rapporté à un trouble d'innervation.

Il faut également tenir grand compte des phénomènes douloureux, des modifications de la sensibilité, des troubles sensoriels, secrétoires, vaso-moteurs et trophiques. Les troubles mentaux qui vont jusqu'à la nécessité d'interner les malades dans des asiles d'aliénés, comme le démontrent toutes nos observations, et aboutissent souvent à la démence, sont une preuve manifeste du rôle important du système nerveux dans cette affection.

Enfin, nous aurons tout dit quand nous aurons encore attiré l'attention sur les lésions anatomo-pathologiques intéressant le système nerveux, lésions que nous avons relatées dans le chapitre précédent et qui malheureusement ne sont pas à l'heure actuelle suffisamment établies et constantes pour devenir pathognomoniques.

L'influence du système nerveux étant démontrée, il reste encore deux termes à définir dans le problème pathogénique. D'abord, par quel mécanisme agit le système nerveux ? Puis, dans cette action, quelle est la partie du système nerveux intéressée ?

Dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons répondre que par des hypothèses à la première question posée. Peut-être « l'action trophique, dont l'adipose est le résultat, commence-t-elle par une

action vaso-motrice ? Peut-être cette angioneurose de Mathieu a-t-elle lieu concurremment avec la trophonévrose? ». La solution reste en suspens en face de ces deux théories.

Au contraire, de nombreuses doctrines ont été édifiées pour rendre compte de la localisation de la lésion primitive. La fréquence des lésions de névrite interstitielle constatées à l'autopsie a fait dire à Dercum, Péterson et Loveland que ces altérations du système nerveux périphérique autorisaient à assimiler l'adipose douloureuse à une polynévrite, affection dans laquelle cependant l'asthénie, les troubles psychiques, la céphalée, les hémorrhagies diverses sont exceptionnelles. Et d'ailleurs, quel serait dit Gilbert Ballet l'origine de cette névrite ? Il faudrait remonter à une cause plus générale, les intoxications.

L'adipose douloureuse reconnaît-elle une origine médullaire, comme semblent le faire croire quelques altérations rencontrées dans la moelle et en particulier la dégénérescence des cordons de Goll trouvée par Dercum, ou l'hydromyélie constatée par Burr ? Est-elle due à une exagération de la trophicité sous l'influence d'une impressionnabilité spéciale des cellules grises ? A-t-on affaire, comme le prétend Meige, relativement au trophœdème, à une altération des centres trophiques du tissu cellulaire sous-cutané ? C'est possible, soit que l'on admette l'autonomie de ces centres, soit que, se rangeant à l'avis autorisé de Debove, « on remarque que certaines maladies sem-

blent prouver l'indépendance physiologique et pathologique des extrémités ; qu'il suffise de citer l'acromégalie, l'acrodynie, l'asphyxie locale des extrémités. D'autres affections sont dites rhizoméliques parce que la racine des membres y est intéressée ». Se rappelant d'autre part que l'adipose, comme l'obésité en général, est due à des troubles des centres nerveux régulateurs, « nous pourrions dire que l'adiposité indique une lésion de l'appareil régulateur rhizomélique ». Mais nous devons faire remarquer que l'action trophique est portée par les nerfs et que la disposition des tumeurs adipeuses ne répond en rien au trajet des nerfs, ni à leur distribution. On n'observe pas davantage la disposition métamérique et, que très rarement des atrophies musculaires.

Il n'est pas démontré non plus qu'il ne s'agisse pas d'une lésion cérébrale, car on a constaté des lésions manifestes du corps pituitaire et, d'autre part, Andriezen a démontré que, fonctionnellement, le lobe antérieur, qui appartient au groupe des glandes dites internes, exerce une double action, trophique sur le système nerveux, destructive des matériaux de déchet de l'activité nerveuse. Cliniquement d'ailleurs les lésions du corps pituitaire engendrent l'asthénie et l'apathie etc., ; d'autre part, bien des troubles trophiques sont consécutifs à des lésions encéphaliques.

Après les hypothèses concernant les diverses portions du système nerveux, on doit se demander si l'adipose douloureuse n'est pas causée par un trouble beaucoup plus général que la lésion nerveuse

qui ne serait alors que secondaire. Dercum, Roux et Vitaut s'appuyant sur les lésions manifestes trouvées dans la plupart des observations et sur la réussite du traitement thyroïdien dans quelques cas, en ont fait une dystrophie thyroïdienne. Et si l'on admet avec Caselli, qui l'a conclu expérimentalement, qu'il y a identité des fonctions de la glande thyroïde et du corps pituitaire, cette hypothèse ne ferait qu'une avec la précédente.

Dans plusieurs autopsies, d'autres glandes avaient subi des modifications ; les ovaires ou les testicules étaient atrophiés et sur ces faits l'on pourrait édifier de nouvelles théories humorales qui n'ont été encore ni infirmées, ni confirmées.

Ces hypothèses glandulaires correspondent à des intoxications d'origine interne et l'on a également incriminé dans la genèse du syndrome de Dercum, quelques intoxications d'origine externe parmi lesquelles une récente observation de Deny et Leplay vient de donner beaucoup de valeur à l'éthylisme dont beaucoup de sujets sont entachés. Le tabagisme, les poisons microbiens, le rhumatisme ont été signalés comme facteurs étiologiques.

Enfin Kaplan et Fédorow ont fait de l'adipose douloureuse « une maladie constitutionnelle générale analogue à l'obésité, mais avec une participation plus marquée du système nerveux ». Ces auteurs n'indiquent précisément pas ce rôle du système nerveux qu'il faudrait élucider.

En somme, aucune de ces théories pathogéniques

n'est exempte d'objections et ne satisfait complètement un esprit scientifique, quelle que soit leur vraisemblance. Mais avec Sellerin, nous dirons qu'il n'est pas nécessaire que la maladie de Dercum soit une éntité morbide. Elle est constituée par un certain nombre de symptômes précis et définis qui en font surtout un syndrome dont l'existence peut reconnaître des causes diverses et qui est caractérisé par des lésions nerveuses.

Ces troubles d'innervation peuvent résulter de névrites, d'altérations des centres trophiques médullaires, de lésions mêmes du cerveau, de trophonévroses, de dystrophies d'origine glandulaire, d'intoxications endogènes ou exogènes. Ces différents facteurs, il est légitime de le penser, interviennent suivant les cas, à des degrés divers, de façon à former un cadre où la relation entre les symptômes principaux et les symptômes accessoires est précisément l'expression et la traduction de la cause prédominante.

PRONOSTIC

L'adipose douloureuse emporte avec elle-même un pronostic assez sévère. Certes la maladie laisse une longue survie et ne compromet l'existence en aucune façon ; quand la mort survient, elle est toujours due à une maladie intercurrente, favorisée, il est vrai, par l'affaiblissement progressif de l'organisme. Mais, d'un autre côté, il faut se rappeler qu'on ne connaît pas de cas de guérison, que les traitements sont peu efficaces, que chez un certain nombre de sujets les symptômes nerveux prennent une importance telle qu'on est obligé de les interner dans des asiles d'aliénés, qu'il y a souvent coïncidence avec d'autres névroses : neurasthénie, hystérie, épilepsie, goître. Si l'on songe de plus que l'asthénie, les douleurs, les troubles psychiques, les modifications du caractère, l'adipose exagérée, rendent la vie insupportable à ces malades et à leur entourage, en leur interdisant tout travail et en les empêchant de gagner leur vie, on aura mis en lumière toutes les considérations qui assombrissent le pronostic.

TRAITEMENT

Jusqu'ici aucun traitement n'a pu venir à bout de cette affection et les diverses méthodes employées ont à peine produit une amélioration passagère.

Suivant la théorie pathogénique invoquée, les auteurs se sont adressés à des procédés divers tendant à modifier l'état général, ou les sécrétions glandulaires. Nous énumèrerons rapidement les moyens restés sans activité ; tels sont : la diète et le traitement général de l'obésité par le régime ; dans la forme nodulaire, le traitement chirurgical qui ne s'attaque nullement à la cause dystrophique, la photothérapie appliquée par Kaplan et Fédorow.

Au contraire, *l'hydrothérapie* a toujours amélioré l'état général, sans cependant diminuer l'hypodermalgie. Les formes hydrothérapiques principalement recommandées sont les douches tièdes à 34 degrés centigrades, en jet brisé, et les bains chauds.

D'autres agents physiques (et nous croyons que c'est surtout à cette sorte de thérapeutique qu'il faut s'adresser dans cette affection), ont donné de bons résultats. Il faut en première ligne citer le *massage* qui a été employé avec succès par Spiller et Féré. Quand il est bien fait, pendant des séances

d'une demi-heure ou d'une heure, les malades voient leurs masses adipeuses diminuer parfois de plusieurs kilogrammes et l'élément douloureux disparaître. La *compression* est d'un bon usage sur les membres qu'elle réduit de volume. Mais ces procédés demeurent toujours insuffisants, surtout si l'on ne soutient pas en même temps l'état général par des modificateurs, des toniques et des reconstituants appropriés. C'est ainsi que Dercum s'est servi utilement de la médication salicylée ; Giudiceandrea, de la strychnine, Roux et Vitaut de l'arsenic.

L'opothérapie thyroïdienne a été employée par beaucoup de médecins et essayée d'abord par Ewald. Les uns ont obtenu de très notables améliorations et les autres des résultats négatifs.

Aussi, devons-nous à la vérité de dire que nous ne connaissons actuellement aucun agent qui soit héroïque contre l'adipose douloureuse. Les uns remontent l'état général, les autres calment les douleurs, les autres enfin font régresser les tumeurs graisseuses, mais il faut retenir que les améliorations obtenues sont très rarement définitives. Ils soulagent le malade et relèvent son affaissement moral, et nous pensons qu'il faut en user consciencieusement. On choisira les plus actifs vis-à-vis des symptômes prédominants, en particulier la thyroïdine, substance délicate à manier et que la moindre trace d'intolérance (tachycardie, céphalée, troubles gastro-intestinaux) devra immédiatement faire supprimer.

OBSERVATION I

Dide et Leborgne (Cette observation a été donnée très résumée à la Société de Neurologie ; le texte *in-extenso* est inédit).

L.. femme L... Née le 27 novembre 1835.

Entrée à l'asile le 10 septembre 1881.

Père mort à 67 ans ; il était obèse.

Mère morte à 53 ans ; elle était maigre. La malade ignore de quelles affections ils sont morts.

Elle s'est mariée à 21 ans. Elle a eu plusieurs enfants, mais ne peut dire combien.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève aucune maladie.

A l'âge de 30 ans, occupée à cueillir du « brou » (1), elle tomba d'un arbre d'une hauteur de 5 à 6 mètres. Cette chute ne l'empêcha pas de continuer à travailler. Mais, d'après ses dires, elle aurait vu ses jambes augmenter de volume à la suite de cet accident.

La malade étant dans la démence, il lui est impossible de décrire l'évolution de cette adipose.

Actuellement, la répartition du tissu adipeux est la suivante :

1. Lierre qui croit sur les arbres.

Aux membres inférieurs, les pieds sont respectés ; ils présentent seulement de l'infiltration élastique non douloureuse et sans cyanose.

Au niveau des deux malléoles externes, on aperçoit une saillie anormale qui n'est point constituée par une augmentation de volume des os, mais par une masse adipeuse s'étendant en largeur du bord antérieur du tendon de l'extenseur commun des orteils au tendon d'Achille. Une dépression linéaire sépare nettement les pieds des jambes au niveau des malléoles internes. Les jambes sont volumineuses. La graisse y semble uniformément répartie. La peau est lisse, mais il suffit de la tendre un peu pour y déceler des petits nodules adipeux de volume variable. Il existe, au niveau du tubercule du jambier antérieur, un sillon qui sépare l'articulation du genou du reste de la jambe. Ce sillon n'est pas, comme on pourrait le supposer, l'empreinte laissée par les jarretières, la malade les attachant au dessus. Les méplats de l'articulation du genou sont conservés à la face interne, mais ont disparu à la face externe.

Le creux poplité est normal.

Aux cuisses, la graisse est uniformément répartie.

Au niveau des fesses, il y a une lipomatose diffuse.

Le dépôt de tissu adipeux est très marqué et assez régulier sous la peau de l'abdomen et de la partie inférieure de la poitrine. Les seins sont augmentés de volume, les creux sous et sus-claviculaires sont infiltrés. Le cou et la face ne sont point ceux d'une personne obèse.

Aux membres supérieurs, les mains sont respectées par l'adipose ; le pli inférieur du poignet, très net, les sépare du reste de l'avant-bras. A la face antérieure de l'avant-bras, il existe un triangle dont le sommet se trouve à 3 centimètres du

pli inférieur du poignet, et dont les côtés sont formés par le radius et le cubitus.

Ce triangle est complétement dépourvu de graisse, et lorsque la main de la malade se ferme on y distingue très bien les tendons fléchisseurs qui le traversent. Cette région exceptée, l'avant-bras est infiltré de graisse. On sent bien l'olécrâne, mais pour cela il faut relever un gros nodule adipeux qui le recouvre. La lipomatose du bras est surtout marquée à la partie postérieure.

Si on mesure la circonférence des divers segments du corps, on trouve :

Mollet	50	centimètres.
Cuisse (milieu) . .	63	—
Avant-bras (milieu) .	30	—
Coude	31	—
Bras	40	—
Tour de taille . . .	100	—

La répartition de cette adipose est la même des deux côtés. La consistance est résistante, élastique.

Depuis qu'elle est atteinte de cette affection, la malade dit avoir éprouvé des douleurs, mais elle ne peut préciser.

La pression est douloureuse au niveau des masses lipomateuses.

Il n'existe pas de troubles de la vision, ni de l'audition.

Les mouvements des différentes articulations ne sont pas douloureux ; il existe seulement quelques craquements articulaires. Pas d'affection cardiaque. Le corps thyroïde ne semble pas augmenté de volume.

Réflexes normaux. Pas d'atrophie musculaire. Le dynamomètre marque 18 avec la main droite et 19 avec la gauche.

Les urines sont normales. Poids 85 kilogrammes.

Etat mental. — Cette femme est entrée à l'asile en 1881 avec le diagnostic de manie aiguë avec incohérence complète des idées et des actes, et dans un état d'excitation continuelle. La malade, très agitée encore à l'heure actuelle, présente sans cesse de la verbigération avec stéréotypie des gestes ; elle a été considérée par Dide et Leborgne comme une catatonique agitée.

OBSERVATION II (1).

F..., femme R..., 51 ans.

Père mort à 75 ans de pneumonie.

Mère morte à 67 ans.

Ils étaient tous les deux rhumatisants.

Mariée à 32 ans, elle n'a pas eu d'enfants. Dans son passé morbide, on ne relève que les maladies propres de l'enfance.

Réglée à 13 ans. Les règles ont cessé à 51 ans ; elles ont toujours été normales.

Suivant les dires de la malade, ses jambes auraient augmenté de volume vers l'âge de 16 ans, à la suite d'une imprudence qu'elle fit. Elle se serait mise les jambes dans l'eau, alors qu'elle avait ses règles.

Actuellement, les pieds présentent de l'infiltration élastique non douloureuse et sans cyanose. On remarque un gros lobule adipeux situé au voisinage des malléoles d'une façon symétrique. Son bord inférieur est comme bridé par un étranglement

1. Ces observations ont été recueillies à l'Asile d'aliénés de Rennes par MM. Dide et Leborgne qui ont bien voulu nous les communiquer.

aponévrotique. Son bord supérieur se confond avec le tissu adipeux voisin. Les jambes sont infiltrées d'une façon uniforme par la graisse. Deux gros lipomes existent à la face interne de l'articulation du genou ; ils se confondent insensiblement avec les régions voisines.

L'adipose est considérable aux cuisses dont la peau semble bridée à certains endroits par des bandes fibreuses.

La région abdominale est encerclée par de gros bourrelets adipeux.

Les régions sus et sous-claviculaires ont disparu. Les seins sont augmentés de volume. Les bras et les avant-bras sont infiltrés d'une façon uniforme par la graisse. L'olécrâne est masqué par un bourrelet adipeux.

Les pieds, les mains et la face, sont respectés par l'adipose.

Mesures circonférencielles.

Doigts de pieds . .	22	centimètres
Au-dessous des malléoles	26	—
Au-dessus	25	—
Mollet	36	—
Au-dessus de la rotule .	41	—
Racine de la cuisse . .	43	—
Poignet	16	—
Avant-bras	23	—
Coude	24	—

A la palpation, on obtient une sensation de résistance lipomateuse, sans godet, et, à la pression profonde, on réveille une douleur très vive.

Les différents réflexes sont normaux ; il en est de même

des sensibilités et des organes des sens. Rien au cœur, ni aux poumons. La malade se plaint toujours d'avoir froid aux jambes. La force musculaire semble diminuée. Avec la main droite, le dynamomètre marque 9 ; avec la gauche 5. Poids : 71 kilogrammes.

Etat mental. — Cette femme présente des antécédents héréditaires vésaniques. Elle a fait un premier séjour à l'asile de 1889 à 1892, avec des alternatives de dépression mélancolique et d'excitation maniaque. Depuis son entrée du 13 août 1901, elle est restée dans ce même état de mélancolie, état caractérisé par des idées de ruine, de culpabilité imaginaire, avec inertie profonde, inhibition psychique et phénomènes d'opposition.

OBSERVATION III

G..., femme T... Née en 1842. Entrée à l'asile le 17 juin 1899.

Père mort, à 55 ans, d'accident.

Mère morte à 63 ans dans une crise d'asthme.

Mariée à 23 ans, elle a eu six enfants dont cinq garçons et une fille. Son père était alcoolique.

Réglée à 10 ans 1/2. Ses règles duraient trois jours ; elles ont cessé à 46 ans avec sa dernière grossesse.

A l'âge de six ans, cette malade fut heurtée au front par une barrique vide qui lui fit une plaie dont elle porte encore la cicatrice. A part cet accident, elle n'a jamais été malade. Elle dit avoir toujours eu les jambes grosses.

Les pieds présentent une légère infiltration élastique sans cyanose et non douloureuse. Au niveau des deux malléoles

externes il existe deux gros bourrelets adipeux, l'un situé en avant de la pointe de la malléole, l'autre en arrière. Les jambes sont grosses ; le tissu adipeux y est réparti uniformément ; la peau est normale. La face antérieure de l'articulation du genou est divisée en deux par une dépression longitudinale. Les méplat de cette articulation sont conservés. Le creux poplité est occupé par une large bande graisseuse qui part de la cuisse pour se continuer avec la jambe ; de chaque côté de cette bande se trouve une petite fossette.

La peau des cuisses semble comme étranglée par des brides fibreuses. Aux fesses, la graisse est abondante et, lorsqu'on la palpe, on y décèle une série de petits nodules.

Le tissu adipeux existe en grande quantité sur toute la paroi de l'abdomen. Les seins sont augmentés de volume. Les régions sus et sous-claviculaires ont disparu.

Le cou et la face sont respectés par l'adipose ; il en est de même des mains.

L'avant-bras et le bras sont infiltrés d'une façon uniforme. Les méplats de l'articulation du coude sont respectés.

Mesures circonférencielles.

Doigts de pieds . .	21	centimètres
Au-dessous des malléoles	26	—
Au-dessus	25	—
Mollet	35	—
Au-dessus de la rotule .	40	—
Racine de la cuisse . .	59	—
Poignet	16	—
Avant-bras (milieu) . .	23	—

Coude	24	—
Tour de taille . . .	84	—

La malade n'est nullement incommodée par son adipose. Les jambes ne lui causent aucune douleur spontanée. « Elle aurait bien fait dix lieues de suite dans le temps sans en souffrir. » Seule, la pression est douloureuse.

Les différents mouvements des articulations sont normaux. Il en est de même des réflexes. La répartition de cette adipose est la même des deux côtés.

Les différentes sensibilités sont conservées.

Pas de troubles de la vision, ni de l'ouïe.

Pas d'affection cardiaque.

Le dynamomètre marque 16 avec la main droite et 10 avec la gauche. Poids 66 kilogrammes 500.

Etat mental. — Démence paranoïde à marche rapide ; hallucinations auditives verbales et psychomotrices ; hallucinations de l'odorat, illusions de la vue, de la sensibilité générale et du sens génital.

La note dominante de ses idées délirantes est plutôt gaie. Elle est portée à plaisanter et ses plaisanteries ont d'ailleurs une allure pornographique. Les conceptions mégalomaniaques et d'immortalité qu'elle présente s'opposent actuellement à ce qu'elle parle de phénomènes douloureux qui cependant ont existé, notamment au moment de la production d'une masse lipomateuse lombaire restée longtemps renitente.

OBSERVATION IV

G..., femme H...

Père mort à 81 ans.

Mère morte à 65 ans.

Age... (?)

Réglée à 13 ans 1/2. Les règles duraient huit jours.

Elle a eu des rhumatismes à 26 ans. Ses jambes auraient commencé à augmenter de volume à 48 ans.

Il existe actuellement deux gros nodules adipeux situés au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne. Les pieds sont normaux.

L'adipose est discrète aux jambes.

De chaque côté du ligament rotulien se trouvent des coussinets adipeux saillants.

Deux lipomes sont situés sur les condyles internes.

Les fesses sont saillantes, la peau est tendue à leur niveau.

La paroi abdominale est très développée et retombe en avant. L'adipose est abondante sur les flancs, à tel point que dans le décubitus dorsal la peau se dispose en trois gros plis séparés par des sillons assez profonds.

Les seins sont augmentés de volume.

Les creux sous-claviculaires ont disparu.

Les bras sont normaux.

Mesures circonférencielles.	Côté droit	Côté gauche
Autour des orteils.	21 c/m de circ.	20 c/m de circ.
Autour de la malléole.	22 —	22 —
Au-dessus —	21 1/2 —	21 —
Mollet.	29 —	28 —
Racine de la cuisse	40 —	40 —

La figure est respectée par l'adipose.

Les différentes sensibilités sont conservées.

La vue est bonne, il en est de même de l'ouïe.

La consistance de ces masses adipeuses est renitente, élastique. La pression est douloureuse.

Affection cardiaque, insuffisance mitrale.

Réflexes normaux.

Force, main droite : 19 au dynamomètre.

Force, main gauche : 21 au dynamomètre.

OBSERVATION V

M... femme C..., 48 ans.

Père mort à 50 ans, vomissant le sang. Mère morte à 39 ans. La malade ignore de quelle affection.

Réglée à 11 ans, elle l'a toujours été d'une façon régulière ; elle l'est encore.

Dans les antécédents personnels de cette malade on ne relève d'autre affection que la diphtérie à l'âge de 28 ans.

Jusqu'à son entrée à l'asile, c'est-à-dire il y a 12 ans, cette femme a toujours été bien portante. Le commencement de son obésité remonterait à cette époque.

Actuellement, on constate au niveau des deux malléoles externes de gros bourrelets adipeux qui se confondent insensiblement avec le reste de la jambe. Le dos du pied présente une infiltration élastique, qui ne laisse pas de godets à la pression.

Les jambes sont volumineuses et infiltrées d'une façon uniforme.

La peau est tendue et présente une certaine rubéfaction.

Les méplats de l'articulation du genou ont complétement disparu.

Les cuisses sont énormes, et la peau semble comme bridée par des bandes fibreuses. On a nettement la sensation de petits nodules graisseux situés au-dessous d'elle.

Quant à l'abdomen, il retombe en tablier au-devant des cuisses, dissimulant complètement le Mont de Vénus.

Les seins sont augmentés de volume.

Les creux sus et sous-claviculaires ont disparu.

Les mains sont normales, bien que légèrement infiltrées à la face dorsale. Le poignet, normal lui aussi, est séparé de l'avant-bras par une sorte de bande fibreuse par dessus laquelle retombe le tissu adipeux de cet avant-bras. Le bras gauche est infiltré d'une façon uniforme. Le bras droit, au contraire, présente dans la région deltoïdienne une série de petits noyaux saillants sous la peau et qui sont très douloureux. La malade cherche à écarter la main qui veut les palper, tant la douleur est grande. La pression sur tout le corps est, d'une façon générale, douloureuse et ne laisse pas d'empreintes.

Mesures circonférencielles :

Au niveau des doigts de pieds.	22	c/m
— de la malléole.	24	»
— du mollet	43	»
Au-dessus de la rotule.	44	»
Au niveau de la cuisse.	56	»
— du poignet.	18	»
— de l'avant-bras.	27	»
— du coude.	29	»
— du bras.	36	»

La malade se fatigue très vite ; elle ne présente pas cependant de lésions cardiaques.

Les urines sont normales.

Les différents organes des sens ne sont point altérés ; les sensibilités sont conservées. Poids 126 kilogs.

Etat mental. — Cette femme a jadis eu un délire paranoïde très intense, entretenu par de nombreuses hallucinations auditives ; elle était alors très dangereuse. Actuellement, elle présente un léger affaiblissement intellectuel ; elle a des idées de satisfaction et est généralement d'un caractère fort enjoué.

CONCLUSIONS

I. Dercum a très heureusement appelé « adipose douloureuse généralisée » un syndrome très particulier et bien défini que nous admettons avec lui.

II. La dégénérescence nerveuse, le sexe, la ménopause, l'alcoolisme et autres intoxications, les traumatismes, jouent un grand rôle dans l'étiologie de cette affection.

III. Cette maladie est caractérisée par trois symptômes cardinaux : l'adipose symétrique, les douleurs, les troubles mentaux ; et par divers signes accessoires : l'asthénie, les troubles vaso-moteurs, trophiques, sensitivo-sensoriels, etc... Elle offre cliniquement trois formes : nodulaire, diffuse localisée, diffuse généralisée. La triade symptomatique principale rend le diagnostic peu hésitant.

IV. Histologiquement, les néoplasies graisseuses traversent trois stades définis : gonflement œdémateux initial, transformation adipeuse, sclérose terminale. L'anatomie pathologique a montré des lésions de névrite interstitielle périphérique, des altérations du corps thyroïde et de la glande pituitaire.

V. Il est acquis que la production de l'adipose dé-

pend d'une perturbation du système nerveux, mais la nature et le mécanisme de ce trouble nerveux restent à établir.

VI. Actuellement on ne connaît pas de cas de guérison et les traitements employés ne sont que des palliatifs incertains.

Vu : le Président de la thèse,
JOFFROY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Laubry. — Adipose douloureuse (Revue neurologique, 30 avril 1901) ; forme légère d'adipose douloureuse (Revue neurologique, 15 juin 1901).

Ballet. — L'adipose douloureuse (Journal des praticiens, 13 septembre 1902).

Bordoni. — Riforma medica. An. XVII, vol. III, nº 62, page 735.

Bouju. — Lipomes d'origine nerveuse (Th. de Paris, 1892).

Brissaud. — Leçons sur les maladies nerveuses (Myxœdème).

Brouardel. — Traité de médecine et de thérapeutique (Obésité).

Ch. W. Burr. — A case of adiposis dolorosa with necropsy (The Journal of nervous and mental diseases, 1900, p. 519).

Carducci. — Il policlinico, sezione pratica, 1901.

Caselli. — Rapports fonctionnels de la glande pituitaire et de l'appareil thyro-parathyroïdien (R. N., 1901, p. 95).

Richard Cassirer. — Die vaso-motorischen trophischen neurosen, 1901 (Anal. dans R. N. 1901, p. 110 et 254).

Charcot-Bouchard. — Traité de médecine, tome VI et tome I.

COLLINS. — A text book of nervous diseases. Philadelphia, 1895.

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale, tome III.

DEBOVE. — L'adipose douloureuse (Presse méd., 1901, tome II, p. 25).

DEBOVE. — Œdème segmentaire (Presse méd., n° 43, 28 mai 1902).

DEBOVE. — Pathogénie de l'obésité (Semaine méd., 11 mars 1901.

DENY ET LEPLAY. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, oct. 1903.

DERCUM. — A Subcutaneous connective tissue dystrophy of the auns and bach, associated with symptoms ressembling myxoedema (University medical Magazine, décembre 1888).

DERCUM. — Three cases of a Litherto unclassifield affection ressembling in its grosser aspects obesity, but associated with special nervous symptoms. Adiposis dolorosa (The Journal american of the medical sciences, novembre 1892).

DERCUM. — Trophoneuroses (Twentieth century pratice of med., 1897, XI, p. 554).

DERCUM. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with microscopical examination (The Journal of nervous and mental diseases, août 1900).

DERCUM. — Philadelphia medical journal, 1er mars 1902, p. 396 (Deux cas d'adipose douloureuse R. N. 1902).

DERCUM ET MAC-CARTHY. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa (The american journal of the Medical Sciences, décembre 1902, p. 994).

DIDE ET LEBORGNE. — Un cas de maladie de Dercum, Société de Neurologie, octobre 1903.

DIDE. — Le pseudo-œdème catatonique (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, décembre 1903).

ESHNER. — A case of adiposis dolorosa (The Philadelphia medical Journal, octobre 1898) et (The Journal of american association, 1898).

EWALD. — Berliner Klin, Wochenschrift, 21 janvier 1895.

CH. FÉRÉ. — Adipose douloureuse (Médecine Moderne 28 décembre 1898).

CH. FÉRÉ. — Adipose douloureuse (Revue de Médecine 10 août 1901).

CH. FÉRÉ. — La pathologie des émotions, 1892.

CH. FÉRÉ. — La famille névropathique, 1898.

CH. FÉRÉ et M. FRANCILLON. — Note sur la coïncidence des lipomes symétriques avec la paralysie générale progressive (Revue de chirurgie, 1901, p. 713).

FRANK. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1898, p. 1108.

FREMY. — Etude critique de la trophonévrose faciale. Th. Paris, 1872.

GARAUD. — Note sur le traitement des lipomes multiples par l'extrait de corps thyroïde (Loire médicale, 15 juin 1901).

GAUTHIER. — Fonctions du corps thyroïde (Rev. de Méd., nos 1-5, 1900).

GAZETTA. — Degli ospedali e delle cliniche (6 décembre 1898).

GIUDICEANDREA. — L'adiposis dolorosa (malattia di Dercum) (Rivista di Patologia nervosa et mentale, luglio 1900).

Giudiceandrea. — Rapports cliniques et pathogéniques entre la maladie de Dercum et quelques formes voisines (Il policlinico Sezione pratica, 18 février 1902).

Guillaume. — Contr. à l'étude du tubercule sous-cutané douloureux. Th., 1897

Hall White. — A case of adiposis dolorosa (British medical journal, 2 décembre 1899).

F.-P. Henry. — A case of myxœdematoïd dystrophy (paratrophy). The Journal of nervous and mental diseases, mars 1891).

Jeanselme et Bufnoir. — Lipomatose symétrique. Société médicale des hôpitaux, 6 mai 1898.

J. Kaplan et A. Fedorow. — Maladie de Dercum (Meditzinskoïeoboz, 1902, n° 6, p. 171).

Kjellberg. — Les myites et les panniculites du tronc (Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie, 1899, p. 1057).

Landouzy. — De l'adipose du tissu conjonctif sous-cutané des membres atteints d'atrophie musculaire deutéropathique (Revue mensuelle, janvier 1878).

Launois et Bensaude. — Adéno-lipomatose symétrique. (Presse méd., 1er juin 1898 (Revue neurol., 1901, p. 253).

Launois et Bensaude. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1900, nos 1, 2, 3.

Leven. — De l'obésité. Th. de Paris, 1901.

Lévy et Ovize. — De la neuro-fibromatose généralisée. (Gazette des Hôpitaux, 11 novembre 1899).

Mancini. — Adipose douloureuse (Il Policlino, Sezione pratica, 24 août 1901).

Alb. Mathieu. — Sur une forme particulière d'œdème névro-

pathique (pseudo-éléphantiasis névropathique). Annales de dermat. et de syphil., janvier 1893).

ALB. MATHIEU et WEILL. — Etude sur certains œdèmes névropathiques. (Arch. de médecine, 1884 et 1885).

MEIGE. — Trophœdème congénital. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1889, p. 453).

MILIAN. — Pseudo-lipomes et lipomes multiples. (Gazette des Hôpitaux, 9 novembre 1895).

MORLOT et GALLOIS. — Adipose localisée d'origine trophonévralgique. (Bourgogne médicale, 1894, 1895, t. II, p. 44).

NORSA. — Adiposis dolorosa. (Rivista critica di clinica medica, Firenze, 22 juin 1901).

ODDO et CHASSY. — Adipose douloureuse accompagnée de troubles vaso-moteurs et de sclérodermie. (R. N., nº 2, 30 janvier 1902).

PAPI. — Contributo alla casistica della adiposis dolorosa. (Gazetta degli ospedali e delle cliniche, nº 24, 9 mars 1902).

PASQUINI. — Un cas d'adipose douloureuse. (Il Policlinico. Sezione pratica, 15 mars 1902, p. 623).

POISON. — Thèse de Paris, 1872.

POTAIN. — Bulletin de l'Académie de Médecine, octobre 1882, et Gazette hebdomadaire, 1882.

QUERMONNE. — Etude sur la Pathogénie des névralgies, Th. de Paris, 1884.

ROBERTS. — Un cas d'adipose douloureuse. (The Philadelphia Medical Journal, 26 avril 1902).

ROUX (J). — Diagnostic et traitement des maladies nerveu-

ses. Maladie de Dercum et goître exophtalmique (R. N, n° 1, 15 janvier 1902).

Roux et Vitaut. — Société de neurologie, septembre 1901.

Rudinger. — Semaine médicale, 17 décembre 1902.

Sellerin. — Thèse Paris 1903.

Simionesco. — Adipose douloureuse (R. N. 1901, 6 juin).

William Spiller. — Report of three cases of adiposis dolorosa (Medical News, 26 février 1898).

Tapie. — De la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. Th. Paris, 1899.

Tixier et Horand. — Lipomes de la région sous-maxillaire (Gazette des Hôpitaux, n° 21, 22, 1901).

Vergnes. — Adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires. Th. Paris, 1877.

Verneuil. — Gazette hebdomadaire, 1879, 1882.

Vitaut. — Maladie de Dercum (adiposis dolorosa). Th. Lyon, 1901.

Weirr-Mitchell. — Des lésions des nerfs et de leurs conséquences. Trad. française, 1874.

Worthington. — De l'obésité. Th. de Paris, 1875.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.